

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 35

LA FIÈVRE

DANS LES CANCERS DU FOIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Décembre 1924

PAR

André-Pierre-Constant GAY

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à FORT-DE-FRANCE (Martinique), le 16 octobre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CASSAËT, professeur	<i>Président.</i>
		MOUSSOUS, professeur	{ <i>Juges.</i>
		CRUCHET, professeur	
		MICHELEAU, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548615_0102

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 35

LA FIÈVRE

DANS LES CANCERS DU FOIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Decembre 1924

PAR

André-Pierre-Constant GAY

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à FORT-DE-FRANCE (Martinique), le 16 octobre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CASSAËT, professeur	<i>Président.</i>
		MOUSSOUS, professeur	<i>Juges.</i>
		CRUCHET, professeur	
		MICHELEAU, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expérimental.....	N.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Pnériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires.....	DUVERGEY.	Chimie minérale.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

A MA MÈRE — A MON PÈRE

Bien faible témoignage de ma grande
reconnaissance et de mon profond amour.

A MA SOEUR

Témoignage d'inaltérable amitié.

A MA FEMME

Affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

DEL'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES

L'ÉCOLE DE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHELEAU

*Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E CASSAËT

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique*

AVANT-PROPOS

De la banalité des dédicaces des thèses inaugurales, il est au moins un avantage qui se dégage bien net : c'est celui de nous permettre d'exprimer à nos maîtres toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

M. le professeur Chavannaz a guidé nos premiers pas dans l'étude de la chirurgie, nous lui en serons toujours profondément reconnaissant.

M. le professeur Cassaët a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et nous l'en remercions vivement. De ses savantes leçons, suivies avec assiduité pendant plusieurs mois, nous garderons toujours un excellent souvenir.

Les six mois passés dans le service de M. le professeur agrégé Micheau comptent parmi les plus agréables et les plus profitables de notre carrière d'étudiant. C'est à lui que nous devons l'idée de cette thèse. Ses conseils nous furent d'un précieux secours pour mener à bonne fin ce modeste travail.

Nous devons également nos remerciements à M. le professeur agrégé Mauriac, à M. le docteur Charrier, chirurgien des hôpitaux et à notre camarade Chauvenet, interne des hôpitaux, pour tous les précieux documents qu'ils ont bien voulu nous fournir.

LA

FIÈVRE DANS LES CANCERS DU FOIE

INTRODUCTION

Nous n'avons point, en écrivant cette thèse, la prétention d'apporter à la science un fait nouveau.

Les cancers fébriles en général, les cancers fébriles du foie en particulier, ne sont pas de connaissance récente. De vieux auteurs en parlent et presque tous les traités classiques signalent, au chapitre des cancers du foie, une forme évoluant avec fièvre, mais bien peu s'y arrêtent et bien peu insistent sur les difficultés de son diagnostic. Inspiré des travaux de M. le professeur agrégé Michelean et sur ses conseils, nous avons repris la question et voici le plan que nous nous proposons de suivre.

Après étude des différents types de fièvre, nous essaierons de montrer les modifications que ce symptôme nouveau peut apporter au tableau habituel du cancer.

Puis abordant le chapitre du diagnostic nous en montrerons les difficultés et nous essaierons de les résoudre.

Enfin nous terminerons en nous posant cette question :

La fièvre intervient-elle pour modifier le pronostic ?

En résumé, notre thèse comprend quatre chapitres :

Chapitre I : Historique.

Chapitre II : Etude de la fièvre dans les cancers du foie et des modifications qu'elle apporte à leur symptomatologie.

Chapitre III : Difficulté du diagnostic des cancers fébriles du foie.

Chapitre IV : La fièvre intervient-elle pour modifier le pronostic ?

CHAPITRE I

Historique.

Pendant fort longtemps la fièvre fut exclue de la symptomatologie du cancer. Les vieux auteurs, frappés de l'apyrexie habituelle au cours de l'évolution de la maladie, n'hésitaient pas à en faire un signe important de son diagnostic.

Bayle et Cayol, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, article « Cancer », écrivaient : « Un des principaux caractères de la cachexie cancéreuse est qu'en général, la fièvre s'y joint fort tard et manque même parfois entièrement.

Lebert, dans son Traité des maladies cancéreuses (1851), s'étonnait de la rareté du mouvement fébrile qui dans les cancers les plus graves peut parfois manquer jusqu'à la fin.

Et pourtant certains faits ne devaient pas tarder à venir démentir ces premières acquisitions.

Monneret, en 1855, semble le premier à décrire une fièvre spéciale dans le cancer du foie et écrit même pouvoir s'en servir pour établir le diagnostic.

A partir de cette époque, les avis se partagent.

Luton dit que la fièvre n'est pas un symptôme propre du cancer.

Wunderlich en fait toujours l'indice d'une complication.

Woodman admet que dans le cancer la température ne sort guère des limites de la normale.

Mais voici qu'en 1873, Moxon, dans le *Medical Times and Gazette*, cite le cas d'un homme de 26 ans, ayant avant sa mort présenté des signes de pyohémie hépatique avec tempé-

rature atteignant 103° Farenheit et qu'on trouva à l'autopsie atteint d'un cancer du foie ayant enyahi la veine porte.

Désormais, l'hyperthermie paraît nettement établie dans les cancers du foie.

Verneuil vient à nouveau signaler à l'Académie de médecine la présence de fièvre dans certains cancers.

Estlander s'étonne de n'avoir trouvé nulle part mention d'un des caractères importants des tumeurs malignes, savoir l'élévation de la température qu'elles déterminent lorsqu'elles acquièrent rapidement un grand volume. Le mémoire d'Estlander n'avait pas trait seulement à des sarcomes, plusieurs observations se rapportaient à des tumeurs de différente nature.

Aussourd, en 1882, termine son travail sur la température dans les néoplasmes et en particulier dans les cancers du foie par les conclusions suivantes : « La fièvre n'est pas un phénomène aussi rare que le disent les auteurs dans l'évolution du cancer. Elle peut être indépendante des lésions inflammatoires de voisinage, des complications qui peuvent se développer vers la fin de la maladie (pneumonie-érysipèle) et être liée à la marche de la tumeur. »

Hanot et Gilbert, en 1888, dans leur Traité des maladies du foie, en parlent en ces termes : « Dans le cancer-nodulaire, disent-ils, la température est habituellement normale. Pourtant on observe parfois une ascension légère dans les quelques jours qui précèdent la mort. Parfois l'ascension se montre dès le début de l'affection avec des oscillations entre 38° et 39° qui persistent jusqu'à la dernière période. Enfin, dans quelques cas, la fièvre reste, soit dès le début de l'affection, soit après une phase prodromique plus ou moins longue et en dehors de toute complication, d'une intensité inusitée qui imprime à la maladie un aspect tout particulier, de sorte que c'est avec une affection fébrile aiguë que le diagnostic sera à faire. »

Gilbert, en 1886, rapporte nombre de cas de cancer massif du foie à évolution fébrile.

Dans la thèse de Rioufol sur les cancers aigus du foie, neuf fois sur seize cas la fièvre est signalée.

Le travail de Flourét, en 1902, sur les cancers à marche infectieuse, en renferme aussi quelques exemples.

Enfin, dans les traités classiques, au chapitre des formes cliniques, une forme fébrile est presque toujours mentionnée.

Cette forme spéciale des néoplasmes du foie, si souvent signalée, ne semble pas toutefois avoir retenu longtemps l'attention des auteurs. Nulle part, en particulier, nous n'avons trouvé un essai de diagnostic souvent pourtant si difficile. A peine se contente-t-on de signaler les difficultés sans essayer de les résoudre. Et cependant les erreurs commises ne manquent pas.

C'est en 1909 que, pour la première fois, le professeur agrégé Micheleau, à propos d'un malade observé dans son service, montre toutes les difficultés du problème et essaie d'en apporter la solution. En 1922 il présente un nouveau cas et le discute. Il est enfin le seul à attirer l'attention sur les modifications que la fièvre, au cours du cancer du foie, peut apporter dans l'excrétion de l'urée et des chlorures.

C'est à l'occasion d'un nouveau cas de cancer fébrile que nous reprenons aujourd'hui la question.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° I.

(MONNERET. — *Archives de Médecine*, 1855.)

Cancer primitif du foie à marche aiguë (Résumé).

Une femme, âgée de 36 ans (Riboul), bien réglée, d'une constitution robuste et athlétique, éprouve une forte émotion morale dont elle se remet difficilement. De retour à Paris, elle reprend sa profession de domestique et tombe malade dix jours seulement avant son entrée à l'hôpital Necker, qui eut lieu le 7 mars 1854.

Il est impossible de faire remonter la maladie au delà de cette époque.

Elle éprouve d'abord, tous les soirs, vers 3 heures, un accès de fièvre marqué par du frisson, de la chaleur, qui continuent pendant la nuit. Elle perd entièrement l'appétit et sent des tortillements douloureux au creux de l'estomac. La marche et la pression les augmentent. Elle ne cesse cependant pas de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le 7 mars. Embonpoint prononcé, coloration rouge du visage, aucune fièvre dans la soirée. Au moment de la visite, le pouls est à 84, décubitus forcé sur le côté droit; toute autre position amène une forte douleur. Tuméfaction de l'épigastre et de l'hypocondre droit où l'on sent une tumeur et où se manifeste une douleur vive que la pression augmente. Peau chaude, inondée de sueurs, sans la moindre coloration jaune. Céphalalgie nulle. Le visage exprime la souffrance; l'intelligence est développée; langue blanche chargée d'un enduit épais; soif vive; perte absolue de l'appétit. Selles naturelles.

Le foie, mesuré, présente une augmentation déjà considérable de volume (sur la ligne médiane 17 centimètres, mamelon 22 centimètres).

Le 8 mars. Moins d'anxiété. La douleur hépatique persiste; elle

enchaine les mouvements du thorax, s'étend à l'épaule droite, dans le bras droit, où se sont montrés des mouvements convulsifs occupant les doigts de la main et les muscles de l'avant-bras.

Même état des organes digestifs; soif toujours vive; vomiturations. Peau chaude et moite pendant la nuit. Urines sédimenteuses sans matière colorante. Epistaxis. Syncope après la saignée dont le caillot n'offre aucun rudiment de couenne.

Le 9 mars. Dans la soirée frisson léger suivi de chaleur et de sueurs; douleur dans l'épaule. Pouls à 92. 40 respirations.

Les jours suivants, jusqu'au 12 mars, on observe pendant le jour un mouvement fébrile faible, augmentant pendant la nuit, suivi tantôt de moiteur, tantôt d'une forte sueur; respiration accélérée (28 à 32); bouche mauvaise; appétit nul; soif vive. Les douleurs hépatiques s'accroissent et gagnent tout le ventre, l'épaule droite. Les vomissements sont fréquents.

Ce qui frappe surtout dans l'évolution de la maladie, c'est la rapidité avec laquelle le volume du foie s'accroît chaque jour. On le trouve dans l'hypocondre et vers l'épine iliaque droite; sa surface est inégale, bosselée. On entend quelques râles muqueux sous-crépitants à la base des deux poumons, du droit particulièrement, qui est refoulé vers la cavité pectorale. Selles fortement colorées par une bile jaune qui paraît s'écouler librement par ses canaux propres.

Dans les trois derniers jours de la maladie : apparition d'un léger ictère; ascite; œdème des membres; petites ecchymoses sur les jambes.

La malade meurt ayant conservé toute sa lucidité d'esprit.

15 mars. A l'autopsie : épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale. Le foie est énorme, remplissant tout le ventre, bosselé, défiguré. Sa substance propre dégénérée, jaunâtre, est réduite à peu de chose en présence de la matière encéphaloïde et disséminée partout. Ailleurs, plusieurs apoplexies hépatiques de petites dimensions.

Les autres organes sont intacts, en particulier les conduits biliaires et les ganglions.

OBSERVATION n° II.

(ANDRAL. — *Archives de Médecine*, 1^{re} Série.)

**Tumeur cancéreuse du foie développée et terminée par la mort
en trois semaines.**

Un marchand forain, âgé de 45 ans environ, avait été atteint plusieurs fois de fièvres intermittentes; cependant il jouissait depuis l'âge de 40 ans d'une santé parfaite. Pendant le cours du mois d'avril 1820; il ressentit de légères douleurs au-dessous du bord cartilagineux des fausses côtes droites. Vers la fin de ce mois, un ictère se manifesta; il entra alors à la Charité.

Lorsque nous le vîmes, il n'avait pas de fièvre; l'appétit était bon; les fonctions digestives étaient intactes; seulement, comme chez la plupart des ictériques, les selles étaient décolorées et les urines d'un jaune orangé; l'hypocondre droit était souple, indolent.

Le 2 mai, les douleurs de l'hypocondre droit reparurent; les jours suivants elles persistèrent; la fièvre s'alluma, l'hypocondre devint tendu, comme s'il avait été occupé par le foie tuméfié.

Le 9 mai, nous commençâmes à sentir immédiatement au-dessous du rebord des côtes, à droite de l'épigastre, une tumeur globuleuse, immobile, très douloureuse lorsqu'on exerçait sur elle une légère pression.

Du 9 mai au 15 mai cette tumeur acquit un grand développement; elle devint sensible à la vue; et à côté d'elle ne tardèrent pas à se manifester plusieurs autres petites tumeurs, bosselées, inégales, douloureuses.

Du 15 au 20 mai ces tumeurs se prolongèrent derrière les cartilages des côtes et les soulevèrent fortement. En même temps, le malade commença à vomir ses boissons trois ou quatre heures après les avoir prises. La fièvre était continue avec un violent redoublement chaque soir, pendant lequel les douleurs de l'hypocondre devenaient déchirantes; le malade dépérissait avec une effrayante rapidité.

Le 20 il était parvenu au dernier degré du marasme.

Il succomba le 24.

Autopsie. — Le foie, volumineux, dépassait le rebord des côtes de quatre travers de doigt. De sa face convexe faisaient saillie plusieurs tumeurs formées par un mélange de tissu encéphaloïde et squirrheux. Ces tumeurs se prolongeaient assez profondément dans l'intérieur du viscère. Entre elles le tissu du foie était d'ailleurs parfaitement sain.

Des tumeurs de même nature entouraient et comprimaient les canaux hépatique et cholédoque, ainsi que l'extrémité hépatique de l'estomac.

OBSERVATION n° III.

(BUDIN. — *Bulletin Société Médicale*, 1874.)

Cancer massif de la totalité du foie. Carcinose secondaire des ganglions prévertébraux.

Jean-Baptiste, 48 ans.

Dans ses antécédents : Accident à l'âge de 4 ou 5 ans ayant déterminé une fracture du crâne. Plus tard, plaie par balle avec perforation du sommet du poumon droit. Pas d'antécédents syphilitiques. Ethylisme.

Le 8 décembre 1873, il est admis à l'hôpital Saint-Antoine. Il se plaignait surtout d'éprouver, depuis 10 jours environ, une douleur au niveau du creux épigastrique et du foie, douleur qui s'irradiait dans l'épaule, du côté droit. Interrogé, il dit avoir éprouvé, quelques années auparavant, une douleur analogue dans l'hypocondre droit, qui disparut après l'application de ventouses scarifiées. Plus tard, il rendit par la bouche une certaine quantité de sang et cet accident se renouvela trois années de suite, à la même époque. Lorsque, le 28 novembre, il se sentit souffrant, il se présenta à l'hôpital Beaujon, où on lui fait appliquer huit ventouses scarifiées sur le côté droit. Cette application le soulagea momentanément, mais il survint de la fièvre, de la dyspepsie, des troubles gastriques, qui le décidèrent à demander son admission dans un autre hôpital.

A l'examen on constate, outre quelques signes pulmonaires, des

signes importants du côté de l'abdomen. La pression est douloureuse au niveau de l'épigastre et surtout au niveau de l'hypocondre droit.

Il n'existe ni ictère, ni ascite, ni trace de circulation collatérale. On perçoit la matité du foie depuis trois centimètres environ au-dessous du mamelon jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes.

Pas d'albumine dans les urines.

Il existait, à la base du cœur et au premier temps, un léger bruit de souffle.

Loin de s'améliorer, l'état du malade s'aggrava de jour en jour. Il maigrit; la fièvre persista de plus en plus intense, de la dyspnée survint, et, dix jours environ après son entrée, on sentait le bord libre du foie qui arrivait un peu au-dessous de l'ombilic. Les douleurs persistèrent et devinrent très violentes. On doit faire, matin et soir, des injections de morphine.

Vers le 24 décembre, le foie descendait au-dessous de l'ombilic et constituait une énorme tumeur à surface très lisse, à bord inférieur d'une régularité parfaite; qui remplissait la cavité abdominale.

Il n'était survenu ni vomissements, ni ictère, mais à cette date apparaissait un œdème généralisé du membre inférieur gauche. L'état général alla en s'aggravant, de la diarrhée survint, et le malade succomba dans la nuit du 27 au 28 décembre.

Autopsie pratiquée le 29 décembre.

Au niveau des poumons, on trouve de la congestion hypostatique dans les parties déclives. De plus, au sommet du poumon droit, des lésions de sclérose, mais pas de lésions bacillaires en évolution. Au niveau du cœur et des gros vaisseaux, rien de particulier à part quelques plaques d'athérome.

A l'ouverture de la cavité abdominale, le foie apparaît énorme. Sa surface est lisse, régulière, présentant une teinte rouge parsemée de taches blanchâtres. Il pèse 5 kgr. 350. Sa forme générale ne diffère en rien de celle du foie à l'état normal, il est seulement considérablement hypertrophié.

Des coupes faites dans l'épaisseur de l'organe permettent de constater, suivant les points, des aspects différents, qui sont :

1° Une teinte générale gris blanchâtre accompagnant une consistance lardacée du tissu;

2° Des trainées jaunâtres qui représentent le tissu hépatique disséminé un milieu de la masse totale;

3° Des noyaux arrondis plus ou moins volumineux, ramollis, quoique non diffluents et de couleur violacée;

4° Dans certaines parties une accumulation de points noirs hémorragiques de la grosseur d'une tête d'épingle.

Au-devant de la colonne vertébrale on trouve une masse ganglionnaire bosselée, du volume d'un œuf, paraissant de nature cancéreuse.

Rien de particulier au niveau des autres organes.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde ou médullaire du foie.

Dans l'épaisseur même des travées conjonctives il existe un certain nombre de cellules, indice de l'active prolifération dont la tumeur était le siège.

OBSERVATION n° IV.

(MURCHINSON. — *Observation XCI.*)

Cancer aigu du foie avec fièvre chez un homme de 24 ans.

James C..., âgé de 24 ans, charpentier. Admis à l'hôpital Saint-Thomas le 6 décembre 1872.

Pas d'antécédents d'affection maligne dans sa famille; bonne santé antérieure.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, il se donne un effort en tournant une grue; le testicule gauche enfla et devint sensible, mais la santé générale ne parut pas atteinte.

Il y a six semaines, il commence à se plaindre de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, à maigrir et à perdre ses forces. Bientôt après, un médecin découvrit dans l'hypocondre une tumeur qui augmenta rapidement. Point de frissons, mais deux fois durant le sommeil transpiration abondante.

Au moment de son entrée émaciation, rougeur hectique sur les joues. Température 38°5. Vive douleur dans la région du foie et dyspnée. Du côté droit de l'abdomen voussure distincte se continuant en apparence avec le foie dont le bord inférieur s'étend presque jusqu'au bassin et dont la limite supérieure de la matité atteint jusqu'à un pouce et demi au-dessous du mamelon. Surface de la tumeur ferme, unie et modérément sensible. Ictère appréciable de la peau et des muqueuses. Pas d'ascite ni de développement des veines abdominales. Langue humide un peu épaisse; pas d'appétit; soif vive; pas de vomissements. Ventre libre, mais sans relâchement. Bile dans les matières. Urines : 1018; urates en abondance, un peu de pigments biliaires et traces d'albumine.

Décubitus sur le côté droit. Respiration : 32, thoracique. Un peu de toux mais sans expectoration. Quelques râles sibilants. Pouls à 120. Bruits du cœur normaux. Testicule gauche deux fois aussi gros que le droit, mais non sensible.

Malgré la thérapeutique instituée, le mal continue à progresser rapidement.

8 novembre. Pouls à 134. Vomissements bilieux. Ictère très prononcé.

Le foie a augmenté encore de volume; il dépasse davantage les côtes et sa matité s'étend jusqu'à un quart de pouce du mamelon. Surface unie et résistante.

Langue rouge et sèche. Garde-robes régulières.

Grande prostration et parfois du délire. Pas de tremblement ni de sueurs nocturnes.

13 novembre. Le délire, l'ictère et le volume du foie ont augmenté. La tumeur au-dessous des côtes est élastique, mais il n'y a pas de fluctuation nette. Hier tremblement prononcé suivi de chaleur et de transpiration.

15 novembre. Prostration plus grande, mais plus de frissons. Peau sèche. Encore du délire. L'affaiblissement augmente rapidement et le malade succombe le 16 novembre.

Autopsie. — Foie très gros. Avant de l'enlever, il mesure 12 pouces 1/2 verticalement. Toute la substance était parsemée de nombreux dépôts cancéreux extrêmement vasculaires et de volume va-

riable depuis un pois jusqu'à une noix. Bon nombre de ces masses occupent la surface de l'organe, mais ne font point de saillies. Elles n'étaient pas ramollies. A la coupe, elles fournissent un suc laiteux contenant de nombreuses cellules avec de gros noyaux, comme on en trouve ordinairement dans le cancer.

Une masse de ganglions cancéreux existait dans le voisinage du rein gauche et s'étendait le long des vaisseaux jusqu'au testicule gauche qui contenait aussi une tumeur vasculaire du volume d'une cerise.

Les poumons contenaient également de nombreuses tumeurs, semblables à celles du foie.

Pas de signes d'inflammation récente sur aucune partie du corps.
Cœur sain.

OBSERVATION n° V.

(FRERICHS. — *Maladie du foie*. — Obs. LXXXV.)¹

Fièvre intermittente pendant quatre semaines. Troubles digestifs, nausées, vomissements. Ictère sans décoloration des fèces. Gonflement douloureux du foie, sans inégalité à sa surface. Epanchement séreux dans la cavité abdominale. Mort par épuisement.

Autopsie. — Nombreux nodules cancéreux dans le foie. Dégénérescence carcinomateuse de la muqueuse des conduits biliaires et de la vésicule. Dilatation de la branche gauche du canal hépatique dont les rameaux sont remplis d'un liquide ichoreux et de caillots tubulés. Epanchement sanguin dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION n° VI.

(AUSSOURD. — *Thèse de Doctorat*, 1882.)

La nommée N... (Henriette), âgée de 49 ans, entre à l'hôpital Necker le 9 novembre 1881 dans le service de M. Grancher, salle Sainte-Thérèse, lit n° 10.

Pas de maladies antérieures. Antécédents alcooliques.

La maladie actuelle a été précédée, pendant trois mois environ, de malaises consistant principalement en troubles gastriques peu accusés. La malade n'avait plus d'appétit, éprouvait des nausées sans vomissements; elle n'a vomi qu'une seule fois de la bile et des glaires le jour de son entrée à l'hôpital.

Depuis cette même époque, elle ressentait une douleur continue mais peu intense dans le flanc droit.

Au deuxième jour de la maladie, le tableau clinique se résumait en ceci : fièvre intense, survenant brusquement après trois mois de malaises et de troubles gastriques qui paraissent pouvoir être rattachés aux habitudes alcooliques de la malade; avec cela quelques nausées et un vomissement; une douleur vague dans le flanc droit et dans les reins.

Les jours suivants, le même état infectieux persiste; la température reste élevée, avec des rémissions matinales.

L'examen des viscères reste négatif.

On pense à une maladie infectieuse.

Le tableau clinique persistait sans modifications, lorsque le 19 novembre, c'est-à-dire 10 jours après l'entrée à l'hôpital, la malade meurt subitement.

Autopsie pratiquée le 21 novembre, 30 heures après la mort. — Poumons, cœur, rate, reins, sont sains. Le foie, un peu volumineux, mais ayant sa forme normale, contient un certain nombre de noyaux légèrement saillants à la surface. Sur la face inférieure le volume de ces noyaux varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de poule. Il en existe un au-dessous de la vésicule qui présente même le double de ce dernier volume.

A la coupe, ces noyaux ont une couleur blanchâtre; ils sont d'aspect et de consistance encéphaloïde; quelques-uns sont légèrement ramollis au centre et contiennent de petites hémorragies. Il y en a même qui sont creusés de cavités assez grandes remplies de sang noir.

Au-dessus de ces noyaux, le péritoine est intact; dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique il existe une tumeur volumineuse formée de trois ou quatre ganglions cancéreux accolés.

Les voies biliaires semblaient perméables.

OBSERVATION n° VII.

(DE MASSARY. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris*, 1917.)

Cancer primitif du foie chez un soldat de 25 ans.

G... (Maurice), 25 ans, ouvrier mobilisé à Issy-les-Moulineaux après un an de front, est admis à l'hôpital auxiliaire n° 24, le 10 mars 1916, pour « bronchite ».

La bronchite banale évolue rapidement vers la guérison, mais dès le premier examen on constate un très gros foie débordant de cinq travers de doigt les fausses côtes, sans être abaissé. Sa surface est lisse. La palpation est sensible mais non très douloureuse.

Rate normale. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

C'est en somme une trouvaille d'examen et ce n'est qu'après interrogatoire qu'on trouve comme tout signe fonctionnel quelques vagues douleurs thoraciques et abdominales depuis quelques semaines, n'empêchant pas le travail.

Absolument rien par ailleurs.

Examen du sang : pas d'hyperleucocytose; pas d'éosinophilie.

Radioscopie. — Gros foie; voussure légère de la face convexe sous-diaphragmatique.

On pense à un kyste, puis à la syphilis que l'on écarte ne trouvant pas d'antécédents et la réaction de Bordet-Wassermann étant négative.

Mais l'amaigrissement augmente, les douleurs deviennent plus pénibles et plus fréquentes; la température, habituellement à 37°2, monte certains jours à 38°, 38°4. On décide d'intervenir.

24 mai. — Après laparotomie, face antéro-supérieure du foie violacée, congestive; plusieurs ponctions pratiquées restent blanches. La palpation décèle à la partie postéro-supérieure une masse arrondie et dure. La ponction de cette masse ne donne rien. On referme

Suites opératoires normales.

L'état général devient alors mauvais; les douleurs sont vives; les troubles dyspeptiques marqués; la perte d'appétit absolue.

On songe à nouveau à la syphilis. Traitement d'épreuve sans résultat.

Amaigrissement de plus en plus marqué. Température oscillante.

A la fin d'août, au début de septembre : essai de traitement par le cuivre colloïdal sans résultat.

En septembre, état précaire; maigreur considérable; œdème des membres inférieurs, douleurs très vives, vomissements.

Foie énorme. La masse est palpable à travers la paroi abdominale et paraît fluctuante. On pense alors de nouveau à un kyste ou à un abcès.

Deuxième intervention : Ascite.

Foie énorme, violacé, ayant à sa droite une volumineuse tumeur dure et partout ailleurs des noyaux secondaires de différents volumes. Les ganglions du hile sont hypertrophiés. On est obligé d'accepter un diagnostic qu'on avit repoussé en raison de l'âge : il s'agit d'un cancer du foie.

Le malade supporte l'intervention, mais meurt le 23 octobre 1916.

Autopsie le 25 octobre. — Foie énorme, partie droite surtout développée. Sur la surface convexe, noyaux plus ou moins gros ayant tous les caractères de noyaux cancéreux secondaires.

A la coupe, dans le lobe droit, masse néoplasique grosse comme les deux poings réunis, d'aspect blanchâtre, ferme à la périphérie, plus molle au centre. Dans les autres parties du foie, noyaux plus petits disséminés. Les intervalles de foie entre les noyaux sont rougeâtres, violacés même, de consistance un peu plus ferme que normalement.

Ganglions du hile hypertrophiés. Rate un peu grosse, ferme.

On ne trouve pas de néoplasme primitif dans les viscères.

Rien de particulier par ailleurs.

OBSERVATION n° VIII.

(D^r MICHELEAU. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.* — Séance du 8 janvier 1909.)

Louis B..., 34 ans, nous fait appeler le 19 juin 1907, se plaignant de faiblesse, fièvre, anorexie, douleurs à l'épigastre et à l'hypo-

condre droit. Il est malade depuis le mois de janvier 1907. Bien portant jusqu'alors, très vigoureux, très robuste, il fut pris brusquement de douleurs à forme de colique néphrétique du rein gauche, avec hématurie assez abondante pour amener la formation de caillots intravésicaux et consécutivement de la rétention d'urine. La colique ne se reproduisit plus, mais le rein gauche resta douloureux spontanément et à la pression.

L'hématurie persista environ pendant deux mois, entraînant bientôt une anémie et un amaigrissement notables. Au bout de deux mois elle disparut et à ce moment ou un peu avant, le malade ne précise pas bien, la fièvre apparut. Cette fièvre survenant à peu près chaque jour aurait été d'emblée assez élevée, au-dessus de 39°, parfois précédée de frissons et suivie le plus souvent de sueurs profuses. Deux chirurgiens successivement consultés portèrent le diagnostic de tuberculose du rein gauche. L'examen bactériologique des urines n'a pas à ce moment démontré la présence de bacilles de Koch.

Une intervention fut proposée au malade qui la remit à plus tard. Il se décida à la faire pratiquer au début de juin 1907. Entre temps, il avait continué à s'anémier, à s'affaiblir et à s'amaigrir. La fièvre était demeurée constante avec les mêmes caractères. L'hématurie n'avait pas reparu, les urines étaient claires, abondantes, ne contenant jamais de pus aux dires du malade et de son entourage. Depuis quelques jours il souffrait de l'estomac, son appétit était très irrégulier, la région épigastrique était gonflée et douloureuse; on notait quelques vomissements, surtout le matin, vomissements pituiteux et alimentaires; une fois même on aurait retrouvé des débris de salade ingérée depuis deux jours. Pas d'hématémèse, pas de méléna. Le malade aurait eu jadis des hémorroïdes qui coulaient abondamment et se seraient arrêtées quelque temps avant le début de sa maladie.

Premier examen le 19 juin. — Les urines étaient claires, abondantes : 2 litres à 2 l. 500 dans les vingt-quatre heures. Elles ne contenaient point de bacilles de Koch; les seules modifications de leur composition chimique étaient la présence de quelques centigrammes d'albumine et l'exagération du chiffre de l'urée (20 à

28 grammes par litre) par rapport aux chlorures (2 à 3 grammes par litre); ceci pouvait s'expliquer par la fièvre (38°5 à 39° le soir). De plus le rein gauche n'était pas perceptible et la région lombaire gauche était à peine sensible à la palpation. Tous ces signes avaient fait rejeter l'intervention.

On fut frappé surtout par l'anémie et l'amaigrissement du malade. La langue était saburrale, un peu rouge à la pointe et sur les bords, presque sèche. L'aspect était celui d'un malade très cachectisé par une infection suppurative profonde ou par l'évolution d'un néoplasme. Aucun trouble rénal ne venait appuyer le diagnostic de pyélonéphrite auquel on avait un instant songé. Les urines étaient claires, abondantes (2 litres environ dans les vingt-quatre heures), nullement purulentes. Mêmes caractères chimiques et bactériologiques que précédemment. La température oscillait autour de 39° avec une rémission matinale de 1°, le pouls entre 100 et 110; peu ou pas de sueurs. L'examen objectif des deux reins dévoilait seulement une légère augmentation de la sensibilité profonde de la région rénale gauche.

La partie supérieure de l'abdomen fut alors explorée. L'épigastre était le siège d'une tuméfaction uniforme, d'aspect régulier, se prolongeant à droite sous les fausses côtes qui étaient ainsi soulevées, à gauche. Le malade y ressentait des douleurs spontanées, profondes, gravatives, contusives, rarement aiguës, ne présentant aucune irradiation, notamment vers l'épaule droite. La palpation réveillait les mêmes douleurs avec les mêmes caractères, mais beaucoup plus vives et plus superficielles, assez violentes pour empêcher une exploration profonde. On percevait un empatement d'apparence assez régulière, de consistance ferme, occupant toute la partie droite de l'épigastre, se prolongeant vers les fausses côtes droites, paraissant se continuer avec le foie, dont on trouvait le bord inférieur régulier mais un peu douloureux à trois travers de doigt environ au-dessous du rebord des fausses côtes. Fluctuation en aucun point. La percussion confirmait ces renseignements. Rien à l'auscultation de la région hépatique en aucun point.

En dehors de l'anorexie et des vomissements déjà signalés, rien à noter de fonctionnel ni d'organique du côté d'aucun autre appareil,

notamment du côté de la plèvre droite et des ganglions lymphatiques.

On pensa alors à un abcès du foie, d'autant plus que dans les antécédents du malade on relevait des accidents d'impaludisme et de diarrhée dysentérique.

Nouvel examen quelque temps après : il n'existait pas de zone sonore au milieu de la région empâtée.

Un examen de sang pratiqué ne donna point de résultats précis. On avait pu cependant constater un fait de très grande importance : il y avait eu des alternatives d'augmentation et de diminution de l'hypertrophie du foie, signe fréquent des suppurations hépatiques.

L'état du malade continuant à périliter, une intervention chirurgicale fut décidée.

Elle fut pratiquée le 9 juillet 1907. Avant toute incision de la paroi abdominale, ponctions exploratrices qui restèrent blanches.

Laparotomie sus-ombicale, un peu en dehors de la ligne médiane; pas d'adhérences; la moitié interne du lobe droit dans une zone correspondant à la tuméfaction extérieure était constituée par une masse d'apparence lardacée, de consistance très dure, véritablement ligneuse, de surface à peu près régulière. Plusieurs ponctions ne ramenèrent pas de pus. Le diagnostic de cancer s'imposait.

Les suites opératoires furent bonnes. Sans qu'aucun accident nouveau fut survenu, le malade succomba le 19 juillet.

Nécropsie non pratiquée.

OBSERVATION n° IX.

(D^r MICHELEAU. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1922.)

Honoré P..., sapeur au 1^{er} génie, 33 ans. Entre à l'hôpital temporaire 34 bis, Sanatorium de Zuydcoote, le 8 janvier 1918, avec le diagnostic de « pleuro-congestion de la base gauche ».

Il aurait ressenti, il y a huit jours, sans aucune cause appréciable, une douleur diffuse plutôt qu'un point de côté à la base de la poitrine, du côté gauche. Aurait eu d'emblée une fièvre assez

élevée, mais sans frissons, une toux sèche sans expectoration ou avec une expectoration insignifiante.

Rien à relever dans ses antécédents personnels, héréditaires ou collatéraux. Santé antérieure toujours parfaite.

Au moment de l'entrée à l'hôpital la température est à 39°9, le pouls à 110. L'examen somatique indique seulement un peu de congestion de la base pulmonaire gauche; submatité et quelques râles sous-crépitants aux deux temps de la respiration. Rien ailleurs : ventre souple, non météorisé. Ni douleurs, ni gargouillements dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées, légère constipation. Langue blanc jaunâtre au milieu, plus rouge sur les bords et à la pointe, un peu rapeuse et sèche. N'a jamais eu la fièvre typhoïde; a subi, en mars 1915, trois piqûres A.T., en juin 1916, deux piqûres T.A.B. A noter seulement que le foie est un peu gros, que son bord inférieur dépasse d'environ 2 centimètres le rebord inférieur des fausses côtes, que la rate est nettement percutable et que sa matité déborde de deux travers de doigt les fausses côtes gauches, mais elle n'est pas perceptible à la palpation. Elle n'est pas douloureuse, non plus que le foie. Hémoculture négative. Séro-diagnostic à Eberth et au para négatif. L'urine ne contient ni albumine ni sucre, sa coloration est normale.

Traitement : aspirine et ventouses.

Le même état persiste sans autre modification que la disparition de la douleur du côté gauche, jusque vers le 20 février, la température oscillant entre 39° et 40°, quelquefois un peu inférieure à 39° le matin.

A la fin de janvier, pendant quelques jours, évolue un foyer de congestion pulmonaire au sommet gauche avec quelques crachats dans lesquels l'examen bactériologique montre qu'il n'existe pas de bacilles de Koch. Le malade ne se plaint de rien sauf d'un affaiblissement progressif. Il maigrit aussi sans discontinuer : de 64 kg. 800 le 10 janvier, son poids tombe à 59 kg. 700 le 29 janvier, à 58 kg. 500 le 12 février. Aucun phénomène cérébral. Il est noté sur l'observation, à la date du 6 février : « Asthénie assez marquée; pas d'obnubilation; pouls petit, dépressible à 100. Ventre souple. Rate grosse. Foie gros. Langue saburrale. Diminution de la respi-

ration au sommet gauche; respiration plus rude au sommet droit; légère congestion des deux bases. »

Je suis appelé le 21 février à examiner ce malade, je le trouve dans l'état indiqué ci-dessus. Je suis frappé surtout par l'augmentation de volume du foie, qui non seulement descend au-dessous des fausses côtes, mais les soulève et fait voussure.

L'hypertrophie est plus accusée dans le lobe gauche, qui fait saillie à la région épigastrique, descendant presque jusqu'à l'ombilic, s'enfonçant jusque sous les fausses côtes gauches jusqu'à la ligne mamelonnaire, se séparant du lobe droit, lui-même hypertrophié, par une encoche de son bord inférieur. Sa surface est lisse, régulière, uniforme; sa consistance sensiblement plus dure. La pression n'y provoque aucune douleur, de même pour le lobe droit. La matité est uniforme et compacte sur toute la surface hépatique.

Ces symptômes hépatiques sont les symptômes dominants. J'élimine toute cirrhose, m'appuyant sur l'absence de douleurs et d'ictère, de subictère même, depuis le début de la maladie; sur l'augmentation de consistance de la glande; sur la netteté de l'encoche de son bord inférieur; sur l'amaigrissement progressif et sans rémission; sur la teinte blafarde presque jaune paille de la peau et blanc mat de la conjonctive, sans aucune coloration subictérique actuelle, récente ou passée. Je porte, malgré la fièvre, le diagnostic de cancer primitif du lobe gauche du foie, qui surprend un peu mon entourage.

Une analyse d'urines pratiquée le 22 février donne comme résultats : quantité des 24 heures, 1.900 centimètres cubes, couleur jaune foncé, aspect légèrement trouble; urée, 16 gr. 20 par litre (30 gr. 78 par 24 heures); chlorures, 2 gr. 80 par litre (3 gr. 32 par 24 heures).

Une intervention chirurgicale est décidée et pratiquée le 24 février 1918. En voici les résultats :

« Laparatomie médiane sus-ombilicale. On constate à l'ouverture du ventre que le foie, particulièrement le lobe gauche, est volumineux. Le foie, l'estomac et le côlon sont intimement adhérents. Le foie et la coupole diaphragmatique sont soudés et l'on ne peut les décoller l'un de l'autre. Sur la face supérieure du lobe gauche, dans

la partie antérieure où il n'y a pas d'adhérences, on remarque des traînées de lymphangite vraisemblablement néoplasique. A la palpation, on constate sur le bord antérieur de ce lobe une tumeur plus grosse que le poing, adhérente de partout. On la ponctionne et on retire un peu de liquide d'aspect purulent très épais. Le foie est alors plus largement incisé et deux drains sont introduits dans cette tumeur que l'on suppose être un abcès développé au voisinage d'un cancer de l'estomac. »

Le malade succombe le 25 février. L'autopsie pratiquée le 26 a donné les résultats suivants :

« Présence d'une tumeur volumineuse sous hépatique, empêchant par ses adhérences de libérer l'estomac. Après section de l'épiploon gastro-colique, on enlève en bloc la masse hépato-gastrique que l'on dissèque ensuite. L'estomac, de dimensions normales, présente sur la partie moyenne de la petite courbure une vaste ulcération ayant 4 à 5 centimètres dans son plus grand diamètre, et 3 à 4 dans son plus petit. Les bords de cette ulcération sont constitués par une tumeur dure, bourgeonnante, ayant les caractères habituels des néoplasies malignes. Des brides de périhépatite unissent les bords de cette ulcération à la face inférieure du lobe gauche du foie. A la coupe, on trouve dans ce lobe gauche une masse néoplasique, du volume d'un œuf de poule, ramollie et sphacélée. Aucun autre noyau néoplasique en aucun autre point du foie. Le lobe droit, très volumineux, présente à la coupe l'aspect habituel du « foie gras », teinte jaune pâle uniforme, surface luisante. »

OBSERVATION n° X.

(Inédite. — Due à l'obligeance du Professeur agrégé MAURIAC.)

B... (Guillaume), 43 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 14 octobre 1924, parce qu'il maigrit, qu'il présente une anorexie complète avec des vomissements irréguliers.

Antécédents. A 20 ans, bronchite grave.

A fait son service militaire comme auxiliaire. A consulté de nom-

breux médecins pour les poumons. Malgré tout continue à maigrir, perd l'appétit, tousse surtout la nuit.

Vu une première fois par le professeur agrégé Mauriac, le 24 septembre 1924. A ce moment, appétit mauvais, constipation opiniâtre. Pas de douleurs abdominales. Sueurs nocturnes. Température : 37°5 le matin; 37°9 le soir.

L'examen physique décèle la présence de craquements fins au niveau du sommet gauche sous la clavicule, en dedans et dans la région hilare gauche.

Une cure d'aération et de repos est conseillée. A son retour, dans les premiers jours du mois d'octobre, on constate une aggravation notable de l'état général.

Anorexie complète. Dégoût pour la viande. Vomissements irréguliers. De temps en temps, poussées de température : 38°, 38°5.

Entre à l'hôpital le 14 octobre 1924. L'état général est mauvais. Anorexie complète, vomissements.

La température subit de temps en temps des poussées :

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
14 octobre.....	36°8	37°4	25 octobre.....	37°5	37°7
15 octobre.....	36,4	37,5	26 octobre.....	38,3	38,3
16 octobre.....	36,8	37,4	27 octobre.....	37,4	37,2
17 octobre.....	38,4	39	28 octobre.....	37,4	37,6
18 octobre.....	37,2	37,8	29 octobre.....	37,3	37,6
19 octobre.....	37,2	37,2	30 octobre.....	36,6	37,4
20 octobre.....	36,2	36,2	1 ^{er} novembre.....	36,7	37,4
21 octobre.....	36,2	36,4	2 novembre.....	37,3	38,2
22 octobre.....	36,4	36,6	3 novembre.....	37,4	38
23 octobre.....	36,4	37	4 novembre.....	37,4	37,8
24 octobre.....	36,6	38			

L'examen somatique montre un foie énorme, dur, lisse, sauf du côté de l'extrémité gauche, où il est mûriforme. Douleurs légères à la pression. Pas d'ictère. Pas d'ascite.

Examen des urines pratiqué le 15 octobre 1924 :

Quantité.....	1.700 gr.	Densité.....	1.016.
Couleur.....	Jaune orangé.	Urée.....	18 gr. par litre.
Aspect.....	Trouble.	Phosphates.....	1 gr. 50.
Sédiment.....	Abondant.	Chlorures.....	3 gr. 90.
Réaction.....	Acide.		

Examen du sang pratiqué le 16 octobre 1924 :

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

FORMULE

Pôlynucléaires.....	91 p. 100.
Mononucléaires.....	7 "
Lymphocytes.....	2 "

Le malade s'étant autrefois occupé de l'élevage des chiens, on pense à la possibilité d'un kyste hydatique suppuré.

Pas d'urticaire. Pas d'éosinophilie.

Une intervention est décidée et pratiquée le 24 octobre 1924, par M. le docteur Charrier, chirurgien des hôpitaux. En voici les résultats :

Laparotomie latérale, verticale droite. On tombe sur un foie non adhérent, très augmenté de volume et présentant, sur la face antérieure, des nodosités nombreuses et ligneuses. On pratique plusieurs ponctions à travers le parenchyme hépatique sans résultat. On a parfois l'impression que l'aiguille s'enfonce dans des parties de tissu hépatique plus condensé. Nulle part on n'a la sensation d'entrer dans une cavité. On porte le diagnostic de cancer du foie. On referme.

Suites opératoires normales. Mais la cachexie fait de rapides progrès et le malade succombe le 10 novembre 1924.

L'autopsie n'a pas été pratiquée.

CHAPITRE II

Etude de la fièvre dans les cancers du foie et des modifications qu'elle apporte à leur symptomatologie.

Nous n'avons retenu, parmi les observations que nous avons trouvées, qu'un certain nombre d'entre elles parce que les plus typiques. Elles nous ont paru suffisantes d'abord pour affirmer que la fièvre n'est pas si rare que le disent les auteurs dans les cancers du foie, ensuite pour nous permettre d'en étudier les divers aspects.

Quelque traité que l'on consulte, on trouve les néoplasmes du foie divisés en deux groupes :

les cancers secondaires ;

les cancers primitifs.

Dans les uns comme dans les autres, la fièvre peut s'observer. Les cas de cancer secondaire hyperthermique ne sont par rares.

Murchinson a rapporté un fait dans lequel la température, normale le matin, s'élevait notablement le soir et « où tout coucourait à faire diagnostiquer une inflammation pyohémique plutôt qu'un cancer du foie ». Dieulafoy a vu dans un cas la température atteindre le soir 39°. Hanot et Gilbert, dans leur Traité des maladies du foie, en rapportent deux nouvelles observations.

Tout le monde admet aujourd'hui que les masses nodulaires peuvent se ramollir, s'abcéder par suite d'infections secondaires. Le fièvre se montre affectant souvent un type à grandes oscillations vespérales. Deux cas peuvent alors se pré-

senter : ou bien la tumeur du foie est manifestement secondaire et l'infection ne fait que hâter la marche d'une cachexie déjà fort avancée; ou bien la localisation hépatique masque la tumeur originelle restée latente et tout concourt à faire croire à une atteinte primitive du foie, dont le diagnostic présente les mêmes difficultés que dans les cas de cancer véritablement primitif.

Nodulaires ou massifs, les cancers primitifs peuvent s'accompagner d'élévation de la température à un moment variable de leur évolution.

Parfois d'apparition brutale, elle marque le début de l'affection et accuse dès les premiers jours une intensité anormale. L'observation d'Aussourd, recueillie dans le Service de M. Grancher, en est un bel exemple. A peine chez cette femme, prise brusquement de frissons et de fièvre, peut-on relever quelques vagues malaises existant depuis trois semaines. C'est alors dans ces cas que l'on peut, comme on l'avait fait à propos de cette malade, songer à une maladie infectieuse.

D'autres fois, plus tardive, elle se montre chez un sujet déjà anorexique, fatigué, amaigri.

Enfin, faits plus rares, elle peut apparaître dans les derniers jours de la maladie.

Quel que soit son mode de début, son moment d'apparition, elle affecte dans sa marche des types différents : tantôt continue avec faibles rémissions le matin, tantôt et plus souvent avec de grands accès; elle affecte plus rarement le type franchement intermittent. Voici comment, dans la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux* de 1909, le docteur Michelean en parle à propos d'un cas observé : « Elle est continue, tantôt légère, tantôt intense, coupée d'accès qui surviennent ordinairement tous les jours, d'accès qui se succèdent avec régularité le soir ou dans le courant de la nuit et qui se caractérisent par une augmentation du malaise général, de la céphalée, une sensation de chaleur précédée bien souvent d'un petit frisson d'une sensation d'horripilation plutôt, de refroidissement à peine appréciable, d'autant moins appréciable que le malade

est demeuré au lit. Le pouls oscille entre 90 et 110. La peau demeure chaude et plus ou moins sèche la plus grande partie de la nuit, au matin elle devient un peu moite. D'autres fois, plus rarement, la fièvre est franchement intermittente avec grands frissons vespéraux, chaleur marquée, et à la fin seulement, de sueur à la surface de la peau. Les grandes oscillations vespérales sont, plus encore que la fièvre continue, de nature à faire penser à l'abcès. »

Cette élévation de la température ne va pas sans modifier les signes généraux, sans créer une sorte de syndrome infectieux dont la signature la plus nette se trouve peut-être dans la modification quantitative des substances excrétées par les urines.

Le professeur agrégé Micheleau est le premier à avoir attiré l'attention sur la formule urologique spéciale que l'on observe parfois chez les cancéreux du foie hyperthermiques. L'hypoazoturie fut de tout temps donnée comme un signe constant des cancers du foie. Le cancer, maladie essentiellement destructive et envahissante, semble devoir, au foie comme au niveau des autres organes, aboutir à sa destruction fonctionnelle et à son insuffisance. Or la physiologie nous apprend que, sans être le seul organe producteur d'urée, le foie en est le principal. Dès lors rien de plus logique que cette hypoazoturie observée. Trois observations viennent cependant infirmer ces données. Il est fort regrettable que dans aucun des autres cas nous ne trouvions d'analyse complète des urines.

Observation n° VIII

Quantité des 24 heures	1.900 centimètres cubes
Urée.....	16 gr. 20 par litre, soit 30 gr. 78 par 24 heures.
Chlorures.....	2 gr. 80 par litre, soit 5 gr. 32 par 24 heures.

Observation n° IX

Quantité des 24 heures	2 litres.
Urée	20 à 30 grammes. par litre.
Chlorure	2 à 3 grammes par litre.

Observation n° X

Quantité des 24 heures	1.700 grammes.
Urée	18 gr. 20.
Chlorures	3 gr. 20.

Voici donc trois cas où l'hyperazoturie fut manifeste. Inversement le taux des chlorures présentait une diminution évidente.

M. Micheleau, dans son livre de Pathologie générale, insiste longuement sur la valeur du rapport qui existe entre le taux de l'urée et celui des chlorures excrétés, et voit avec raison dans son augmentation un signe important des phlegmasies.

La constatation de ce signe au cours d'un cancer, d'un cancer du foie surtout, est pour le moins paradoxale.

Ainsi la fièvre est un symptôme anormal qui non seulement se surajoute à ceux qu'il est classique d'observer, mais encore qui vient parfois les modifier, donnant ainsi à une maladie essentiellement cachectisante une véritable allure phlegmasique. On comprend sans insister qu'un tel fait vienne encore accroître les difficultés d'un diagnostic pourtant déjà si difficile.

Le nombre de nos observations ne nous permet pas de faire de l'augmentation du coefficient de l'urée aux chlorures un signe constant des cancers fébriles du foie, tout au plus nous permet-il d'affirmer que l'hypoazoturie n'est pas constante et qu'il ne faut point sur son absence rejeter le diagnostic de cancer.

Reste maintenant à expliquer l'apparition de ce syndrome infectieux au cours d'une maladie habituellement hypothermique. Sur ce point, il n'est guère possible de sortir du domaine des hypothèses.

Nous n'insistons pas évidemment sur les cas de cancers infectés où la cause de la fièvre est par trop évidente. Pas davantage nous ne tiendrons compte des idées de certains auteurs qui voient constamment dans la fièvre l'indice d'une complication. Les cas sont trop nombreux où l'autopsie ne révéla aucune lésion en dehors du cancer pour qu'on ne puisse admettre que celui-ci suffit à l'expliquer.

La première théorie émise attribue l'hyperthermie observée au cours des néoplasmes aux toxines sécrétées par les cellules cancéreuses. Elle reste vraisemblable jusqu'au jour où Girard Mangin fait connaître les résultats de ses remarquables expériences. Ses conclusions sont les suivantes : « La température des animaux en expérience est constamment abaissée par les poisons cancéreux. Par exemple, un lapin de 1.850 grammes ayant reçu de l'extrait humain a passé de 38° à 37° 4 une heure après la fin de l'injection, et deux heures plus tard à 36°. Chez les animaux survivant à une injection intraveineuse nous avons noté à différentes reprises, même plusieurs jours après l'injection, un abaissement de la température. »

Il faut donc chercher ailleurs l'explication de ce phénomène anormal.

Frappés de la rapidité avec laquelle évoluent les cancers fébriles, certains n'ont point hésité à faire de la multiplication cellulaire hyperactive la cause même de l'hyperthermie. « En pathologie comme en mécanique, dit Peter, partout où il y a un travail accompli, il y a calorique dégagé. »

Gordon, dans un article publié dans le journal *The Lancet of London*, donne le nom de « growth fever » à cette fièvre essentielle du cancer, par opposition à ce qu'il dénomme « complication fever ». Aucune preuves ne permettent d'adopter cette ingénieuse théorie.

A son tour, M. Michelean, dans la *Gazette des Sciences médi-*

cales de Bordeaux de 1909, apporte quelques idées nouvelles sur la pathogénie de la question. « Il existe, dit-il, une véritable antinomie entre cette déchéance fonctionnelle et la réaction inflammatoire parfois même si vive que si l'histologie permet de constater au voisinage des éléments cancéreux. » Cette réaction histologique est une réaction d'inflammation à laquelle prennent part à la fois et les éléments conjonctifs et les éléments épithéliaux. Excessive, cette réaction inflammatoire peut suffire à expliquer la fièvre; de plus, elle peut nous éclairer sur les modifications urinaires, en particulier sur l'hyperazoturie dont nous avons parlé plus haut.

Les cellules réagissent à toute cause d'irritation par l'exaltation de leur activité vitale, sauf les cas, bien entendu, où cette cause possède une action pathogène suffisante pour les frapper de mort et les faire dégénérer sans réagir. « L'exaltation de l'activité cellulaire, dit l'auteur, est un acte de défense qui, dans le cas particulier du foie, nous paraît pouvoir être invoqué pour expliquer tout au moins en partie, l'azoturie relative que nous avons observée, à vitalité anatomique accrue, correspond une exaltation de l'activité physiologique : or l'uréogénèse n'est-elle point l'une des premières parmi les fonctions de la cellule hépatique ? »

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, un point demeure acquis : c'est la possibilité de voir apparaître au cours des cancers du foie non seulement une hyperthermie, mais même un véritable syndrome infectieux dont la connaissance pour le diagnostic est capitale.

CHAPITRE III

Difficultés du diagnostic des cancers fébriles du foie.

Il semble, à la lecture des traités classiques, que le diagnostic des cancers du foie ne doive pas être souvent discuté.

Hanot et Gilbert, dans leur *Traité des maladies du foie*, écrivent : « Nous avons indiqué que la forme douloureuse pouvait être prise au premier abord pour une névralgie diaphragmatique; que la forme ictérique pouvait être confondue pendant un certain temps avec un ictère simple, lithiasique ou spasmodique, et enfin que la forme fébrile pouvait revêtir l'allure d'une pyrexie telle que la variole ou la fièvre typhoïde. Nous ne reviendrons pas sur ces faits exceptionnels pour nous attacher simplement au diagnostic de la forme commune. Le diagnostic de l'abcès du foie et du cancer ne se pose point habituellement. Cependant, comme d'une part l'abcès peut évoluer sourdement, et comme d'autre part le cancer peut offrir une marche aiguë et s'accompagner de fièvre, l'on comprend que dans des cas exceptionnels, la confusion puisse être faite. »

Certes, les faits de ce genre ne sont pas si rares que semblent le dire ces auteurs, et en présence d'une maladie revêtant une allure anormale, dissimulant son identité sous les symptômes d'une autre affection, le praticien se trouve souvent embarrassé pour mettre une étiquette sur le cas observé. Les observations que nous avons réunies en sont un premier témoignage; les nombreuses erreurs commises, par des médecins d'une valeur indéniable, en sont une autre preuve indiscutable.

Sans nous dissimuler les difficultés de notre tâche, nous allons toutefois, en nous servant surtout des travaux de M. le professeur agrégé Michelean, essayer d'éclaircir quelque peu cette obscure question du diagnostic.

La prédominance du syndrome infectieux, masquant plus ou moins la localisation hépatique, a pu faire croire parfois à une maladie infectieuse. Dans une de nos observations nous voyons tour à tour porter le diagnostic de variole et de fièvre typhoïde.

Devant des accès de fièvre, précédés de frissons et suivis de sueurs, séparés par des intervalles d'apyrexie totale, on a pu, dans quelques cas, penser à la malaria.

Parmi les cas qu'a bien voulu nous rapporter M. le professeur Cassaët, l'un d'eux avait provoqué de la part d'un médecin pourtant éminent une erreur de ce genre.

La confusion ne peut être cependant de longue durée. Si l'hypertrophie du foie peut s'observer dans les maladies infectieuses, jamais elle ne s'accroît avec une rapidité aussi marquée que dans le cancer.

L'absence de l'éruption attendue, la déchéance rapide de l'état général font vite rejeter les premiers diagnostics portés.

Plus souvent l'attention est d'emblée attirée vers un gros foie, douloureux, s'accompagnant d'un état infectieux, et trois hypothèses doivent être discutées : S'agit-il d'un cancer du foie, d'un abcès, d'un kyste hydatique suppuré ?

Et c'est bien alors que l'on voit surgir toutes les difficultés.

« Il est certain, dit M. Michelean, que lorsqu'on se trouve en présence d'un gros foie, que l'hypocondre droit et l'épigastre sont soulevés par une tuméfaction empâtée, douloureuse, fluctuante, que la courbe thermique présente de grandes oscillations, que le malade est encore jeune, qu'il a eu jadis ou récemment des accidents infectieux intestinaux, — du gros intestin surtout, — le diagnostic d'abcès s'impose, et l'on ne pense même pas au cancer. Mais il n'en est pas toujours ainsi : il y a des abcès qui évoluent plus lentement, il y a des cancers dont l'évolution est aiguë, il y a enfin des

cancers qui s'abcèdent et dont les signes physiques deviennent dès lors ceux des suppurations. »

Pour mener à bien cet essai de diagnostic, nous allons étudier les signes des trois affections en présence; puis nous les comparerons entre eux en essayant de faire ressortir les quelques différences qui permettent de les distinguer.

C'est souvent après quelques poussées de congestion du côté du foie qu'apparaissent les signes classiques d'une suppuration hépatique. Ceux-ci sont alors de trois ordres : fonctionnels, physiques et généraux.

Parmi les premiers, la douleur est sans conteste la plus importante. Point de côté hépatique, comme il est classique de l'appeler, son intensité est variable : tantôt légère, plutôt simple sensation de gêne ou de tension, elle acquiert dans d'autres cas une intensité plus marquée.

Elle prend naissance dans la région de l'hypocondre droit s'irradiant dans des directions différentes suivant le siège de la collection. Dans les abcès de la face convexe, c'est vers l'épaule droite, le bras droit, qu'elle se propage, réalisant parfois le type de la douleur en bretelle. L'irradiation dans les régions lombaire et sacrée s'observe plus rarement et surtout dans les abcès de la face inférieure.

Spontanée et exagérée par les mouvements de la cage thoracique, la palpation l'augmente d'une façon notable.

L'examen physique décèle tout d'abord un gros foie douloureux. L'hypertrophie est uniforme, générale, progressive. Mais, fait important à constater dès maintenant, l'accroissement de l'organe n'est pas toujours régulièrement progressif. A des périodes d'augmentation succèdent parfois des périodes d'arrêt, de régression même. A mesure que le foie grossit, il arrive souvent que sa consistance se modifie. De dur qu'il était au début, on le trouve rénitent, empâté, fluctuant même dans certains cas.

La percussion vient contrôler les renseignements fournis par la palpation et permet parfois de déceler un signe de la plus haute importance, sur lequel M. le professeur Cassaët fut le premier à attirer l'attention (Académie de médecine, décem-

bre 1906.) Cet auteur a montré qu'au lieu de constater une matité uniforme, il arrive qu'on puisse, par une percussion fine et bien faite, déceler une petite zone de sonorité interposée.

La constatation d'un tel signe permet presque à coup sûr de porter le diagnostic d'abcès.

L'auscultation révèle souvent à ce moment des frottements, signe de périhépatite.

L'examen des autres organes et en particulier de la base pulmonaire droite montre fréquemment l'existence d'une pleurésie.

Des signes généraux accompagnent toujours cette atteinte hépatique. L'ictère vrai est rare, le subictère se montre parfois léger. Il existe de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation. L'amaigrissement est notable, le teint plus ou moins altéré.

Les urines sont plus rares : elles présentent les caractères des urines fébriles. L'urée souvent augmentée, est non moins souvent diminuée, au point que Regnard avait fait de l'hypoazoturie un signe de suppuration hépatique. Les chlorures sont excrétés à un taux inférieur au taux normal. L'examen du sang montre de la polynucléose, de l'anémie, avec réaction iodophile du côté des leucocytes.

La fièvre présente des caractères variables : rarement absente, elle se montre quelquefois sous la forme de légers accès vespéraux. Parfois au contraire très intense et à type rémittent, elle revêt plus souvent le type franchement intermittent avec grands accès vespéraux rappelant l'accès paludéen.

Les kystes hydatiques suppurés rappellent sur plus d'un point les grands abcès du foie.

Des accidents d'urticaire dans les antécédents, la profession spéciale du patient, les examens du sang permettent quelquefois d'y songer.

Etudions maintenant rapidement les signes des cancers du foie.

Nous avons dit dans le chapitre précédent pourquoi les cancers primitifs sont sinon les seuls du moins les plus intéressants.

Nodulaires ou massifs, leur début quoique parfois assez brutal, est le plus souvent marqué par une période de troubles digestifs plus ou moins vagues. Puis rapidement le tableau se précise. Les douleurs présentent des caractères variables. Tantôt sourdes; sensation de pesanteur dans l'hypocondre plutôt que véritable douleur, tantôt vives au contraire enlevant tout repos aux malades. Les irradiations vers l'épaule droite s'observent d'une façon inconstante.

L'examen physique montre un foie énorme déformant l'hypocondre ou l'épigastre.

La palpation décèle un organe de consistance toujours dure mais de forme variable : lisse et régulière dans le cancer massif, elle est irrégulière, bosselée dans le cancer nodulaire. La pression réveille ou exagère dans quelques cas les douleurs spontanées.

La percussion montre une matité uniforme, nulle part interrompue par une zone de sonorité. L'auscultation décèle parfois des frottements dans le cancer nodulaire, jamais dans le cancer massif. Mais le fait à coup sûr le plus important est l'évolution de cette hypertrophie. Augmentant d'une façon progressive et régulière, elle atteint parfois des proportions véritablement étonnantes. Il semble, comme on l'a dit, que le foie grossisse sous les doigts.

Ictère et ascite sont deux symptômes inconstants qui n'existent que dans le cancer nodulaire.

Nous avons suffisamment insisté sur la fièvre, sur les caractères des urines, pour qu'il soit besoin d'y revenir.

L'état général périclité avec une effrayante rapidité. L'amaigrissement, l'inanition s'accusent; le teint devient jaune paille et la mort arrive dans un délai très court.

Fidèle au programme que nous nous sommes fixé, comparons maintenant les trois affections dont nous venons d'esquisser un rapide tableau.

Devant tant de signes communs, il est facile de prévoir toutes les difficultés auxquelles se heurte le médecin qui veut porter un diagnostic.

L'âge des malades n'a guère de valeur dans le cas qui nous occupe. Les observations de cancer chez de jeunes sujets ne manquent pas et la vieillesse ne met point à l'abri de l'abcès.

Beaucoup plus importante est l'étude des antécédents. Sans grand intérêt dans l'histoire des cancers, elle est capitale dans celle des abcès ou des kystes hydatiques.

Tout le monde connaît les liens qui unissent les abcès du foie et les lésions du gros intestin.

L'urticaire, l'influence de certaines professions sont des arguments classiques en faveur du kyste hydatique.

Les troubles digestifs ne diffèrent pas sensiblement dans les trois affections. On les trouve avec une égale fréquence au cours des suppurations et au cours des cancers, mais après un début peut-être plus insidieux, ils ont dans le cancer une évolution plus rapidement, plus fatalement progressive.

La douleur, comme nous l'avons vu, est un signe commun au cancer nodulaire et à l'abcès.

Plus intéressante est l'étude de l'hypertrophie hépatique. Celle du cancer est plus rapide, plus régulière. On n'y trouve pas, sauf exceptions, les rémissions observées dans l'abcès. Dès le début l'organe est dur; il reste tel jusqu'à la fin, ne donnant jamais cette sensation d'empâtement, ou de fluctuation spéciale aux collections suppurées.

Il convient de rappeler ici toute la valeur du signe décrit par M. le professeur Cassaët et dont nous avons parlé précédemment.

L'ictère se rencontre aussi bien dans le cancer que dans l'abcès; il semble toutefois moins constant dans le dernier.

L'ascite n'existe que dans le cancer nodulaire.

L'apparition de la fièvre ne fait qu'apporter une difficulté de plus au problème. En modifiant la formule urologique, en lui donnant le type phlegmasique dont nous avons indiqué les caractères au chapitre précédent, elle ne fait qu'augmenter les chances d'erreur.

La présence de polynucléaires abondants dans le sang ne nous semble pas un signe suffisant pour affirmer l'existence

d'un abcès. Notre dernière observation en est une preuve évidente.

L'examen général du malade doit retenir toute l'attention du médecin. Le teint du pyohémique diffère quelque peu de celui du cancéreux, l'état général du premier ne semble pas décliner d'une façon aussi rapide, aussi régulièrement progressive.

En somme, comme on le voit, malgré l'examen le plus attentif, bien des diagnostics resteront hésitants. Les meilleurs signes différentiels sont trop inconstants pour qu'on puisse compter sur eux dans tous les cas.

Quant à attendre l'évolution de la maladie pour se prononcer, c'est là un moyen trop dangereux pour qu'on puisse se permettre d'en user.

Deux moyens d'investigation dont nous n'avons pas encore parlé nous restent comme ultime ressource : la ponction, l'intervention chirurgicale exploratrice.

La ponction ne doit jamais être omise dans ces cas difficiles : Positive elle confirme l'existence d'une suppuration hépatique, mais négative elle n'autorise pas à elle seule à rejeter le diagnostic d'abcès.

La laparotomie exploratrice reste alors bien souvent le seul moyen de résoudre le problème. Les risques qu'elle comporte comparativement au bénéfice que le malade peut en tirer ne permettent pas d'hésitation. Dans les cas où elle ne fait que démontrer la présence d'un néoplasme, il ne semble pas qu'elle aggrave sensiblement la marche de la maladie.

En résumé de l'étude que nous venons de faire nous pouvons tirer les conclusions suivantes : le diagnostic différentiel entre l'abcès et le cancer fébrile du foie est souvent difficile, parfois impossible. En présence d'une affection qu'on croit être un abcès, il faut penser au cancer, et inversement. Si l'examen clinique ne permet pas de porter fermement un diagnostic, l'intervention chirurgicale doit être systématiquement pratiquée.

CHAPITRE IV

La fièvre intervient-elle pour modifier le pronostic ?

Il nous reste, avant de conclure, à nous poser une dernière question : La fièvre aggrave-t-elle le pronostic des cancers du foie ?

Pour les cancers infectés, nous pouvons sans hésitation répondre oui. Le foie n'échappe pas au principe général qui fait de l'infection une redoutable complication des cancers. On comprend sans peine que, les signes de suppuration s'ajoutant aux signes de cachexie, l'évolution dans ce cas soit sensiblement modifiée.

Mais les choses ne sont point si évidentes dans les cancers primitifs, où l'hyperthermie ne dépend que de l'évolution de la tumeur.

Aussourd, dans sa thèse de doctorat, démontre que dans les tumeurs en général et celles du foie en particulier, l'élévation de la température est souvent provoquée par une marche aiguë.

Dieulafoy remarque aussi que le cancer fébrile a une évolution plus rapide.

Il n'est point d'auteur qui, depuis lors, n'ait été frappé de la rapidité vraiment surprenante avec laquelle évoluent les cancers du foie accompagnés de fièvre.

Rioufol, dans sa thèse sur les cancers aigus du foie, rapporte une intéressante statistique où il met en parallèle, d'une part, l'âge du malade et, d'autre part, l'évolution de la maladie et l'état de sa température. Sur dix cas observés, la fièvre s'est

montrée six fois, et la durée de la maladie a oscillé entre vingt-quatre jours et huit semaines.

Si l'on en croit nos observations, à partir du moment où s'est montrée la fièvre, la maladie a évolué avec une effrayante rapidité.

Nous pouvons donc affirmer que la fièvre indique presque toujours une marche aiguë de la maladie et que sa constatation permet presque constamment de pronostiquer une issue fatale à brève échéance.

CONCLUSIONS

1° Historique. Les cancers fébriles du foie sont connus depuis fort longtemps. Mais si presque tous les auteurs en font mention, bien peu insistent sur les difficultés de leur diagnostic ;

2° La fièvre dans les cancers du foie peut revêtir plusieurs types. Elle modifie souvent l'excrétion urinaire de l'urée et des chlorures tendant à donner à la maladie une allure phlegmasique qui contribue à égarer le diagnostic.

On ne peut guère émettre que des hypothèses au sujet de la pathogénie de ce syndrome infectieux ;

3° Les cancers fébriles sont souvent d'un diagnostic délicat. En présence d'une affection que l'on croit être un abcès du foie, il faut savoir penser au cancer et inversement ;

4° L'apparition de la fièvre au cours d'un cancer du foie indique presque toujours une marche aiguë de l'affection et doit faire porter un pronostic des plus sombres.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

CASSAËT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 décembre 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- LEBERT. — Traité des maladies cancéreuses, 1851.
- BAYLE et CAYOL. — *Dictionnaire des sciences médicales*.
- MONNERET. — *Archives générales de médecine*, mai 1885.
- VUNDERLICH. — Das verhalten der Eigen Wärme bei Krankheiten.
Leipzig, 1870.
- MOXON. — *Medical Times and Gazette*, 1873.
- BOUARDEL. — L'urée et le foie. Variations de la quantité de l'urée éliminée dans les maladies. *Archives de physiologie*, 1876.
- BUDIN. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1874.
- MURCHINSON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie. Édition française, 1878.
- VERNEUIL. — Note sur la fièvre symptomatique des néoplasmes, suivie d'un extrait du travail de M. le professeur Estlander sur la température dans les sarcomes, 1878.
- ANDRAL. — *Archives de médecine*, 1878.
- AUSSOURD. — Élévation de la température dans les néoplasmes. Thèse de Paris, 1882.
- ROBIN (A.). — L'urée et le cancer. *Gazette médicale de Paris*, 1884.
- GILBERT. — Cancer massif du foie. Thèse de Paris, 1886.
- FRERICHS. — Maladies du foie.
- HANOT et GILBERT. — Traité des maladies du foie, 1888.
- FRETEL. — De la fièvre dans le cancer. Thèse de Paris, 1899.
- RIOUFOL. — Cancer aigu du foie. Thèse de Lyon, 1899.
- FLOURET. — Cancer aigu à marche infectieuse. Thèse de Lyon, 1902.
- CASSAËT (D^r). — Académie de médecine, décembre 1906.
- MAURAT. — Fièvre dans les néoplasmes. Thèse de Montpellier, 1907.

DIEULAFOY. — Pathologie interne.

GIRARD-MANGIN (Nicole). — Les poisons cancéreux. Thèse de Paris, 1908-1909.

MICHELEAU (D^r). — *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1909.

— Sur un cas de cancer du foie pris pour un abcès, 1909.

MASSARY (DE). — Cancer primitif du foie chez un soldat de 25 ans
Bulletins et mémoires de la Société de médecine et des hôpitaux de Paris, 1907.

MICHELEAU (D^r). — Traité de pathologie générale.

GORDON. — The Factor of Fever in the diagnosis of cancer. *Lancet of London*, 1920.

MICHELEAU (D^r). — Les difficultés de diagnostic des cancers fébriles du foie. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1922.

— *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1922.

